

# Amningsrådgivning under sjukhustiden

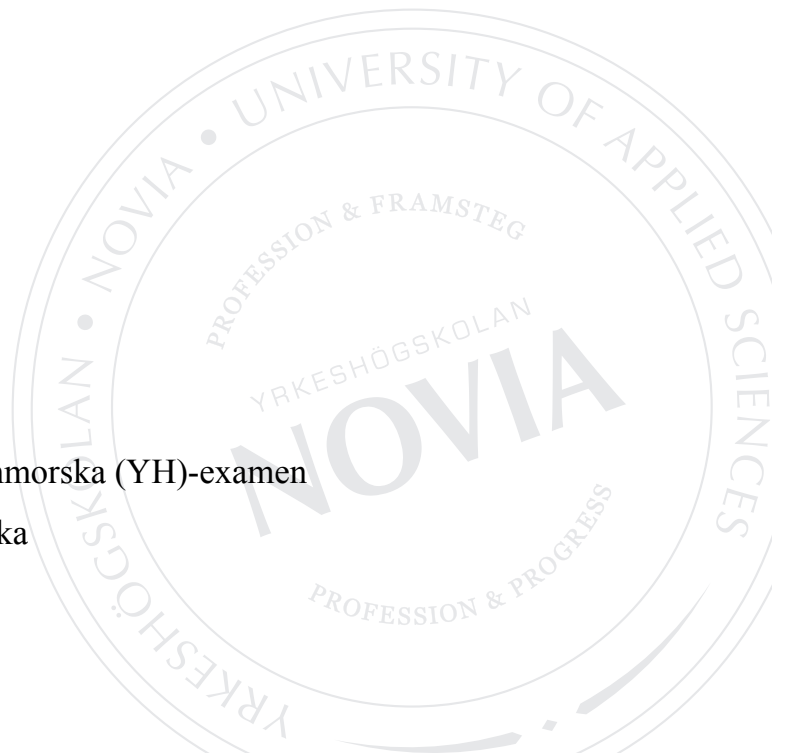
Nyblivna föräldrars tillfredsställelse med  
amningsinformation och amningsrådgivning  
på tre centralsjukhus i Västra Finland

Christa Wargh

Examensarbete för barnmorska (YH)-examen

Utbildningen barnmorska

Vasa 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Christa Wargh

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Amningsrådgivning under sjukhustiden — Nyblivna föräldrars tillfredsställelse med amningsinformation och amningsrådgivning på tre centralsjukhus i Västra Finland.

---

Datum 31.5.2017

Sidantal 45

Bilagor 2

---

### Abstrakt

Detta examensarbete handlar om amning och informationsgivningen och stödet kring amning under sjukhustiden. Syftet är att utreda hur nyblivna föräldrar upplever informationsflödet, praktiska hjälpen och stödet kring amning redan under BB-tiden. Arbetet är ett beställningsarbete av Baby Friendly Österbotten och är gjort som en kvantitativ enkätstudie. Datainsamlingen har skett under en period på tre veckor på tre olika centralsjukhus i Västra Finland. Enkäterna har utformats av Baby Friendly Österbotten och använts för liknande studier två gånger tidigare. Totalt svarade 113 mödrar på enkäten. Resultaten har analyserats med hjälp av beskrivande statistik och dataprogrammet SPSS.

Resultaten visar att majoriteten, 97%, av de som svarat har upplevt amningshandledningen som tillräcklig. Amningsfrämjande vanor, till exempel hudkontakt, varierade mellan sjukhusen. Enstaka svar påvisar en negativ uppfattning om amningshandledningen. Man upplevde den bristfällig och otillräcklig, och i enstaka fall inkonsekvent. Slutsatsen är att i det stora hela är en klar majoritet väldigt nöjd med den rådgivning och det stöd de fått kring amning under sjukhustiden.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Amning, amningsrådgivning, amningsinformation

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Christa Wargh

Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa

Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: Imetysneuvonta sairaalaolon aikana — Uusien vanhempien tyytyväisyys imetysohjaukseen ja imetysneuvontaan kolmessa eri keskussairaalassa Länsi-Suomessa.

---

Päivämäärä 31.5.2017

Sivumäärä 45

Liitteet 2

---

Tämä opinnäytetyö käsittelee imetystä, imetysohjauksen antamista ja imetystukea sairaalaolon aikana. Tarkoitus on tutkia miten uudet vanhemmat kokevat tiedon antamisen, käytännön avun ja imetystuen jo lastenvuodeosastolla. Opinnäytetyö on tilaustyö Vauva Myönteinen Pohjanmaa liitosta ja työ on tehty kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Tiedonhankinta on tehty kolmen viikon aikana kolmessa keskussairalassa Länsi-Suomessa. Vauva Myönteinen Pohjanmaa on luonut kyselylomakkeet ja ne ovat olleet käytössä kaksi kertaa aikaisemmin. Yhteensä 113 äitiä vastasivat kyselylomakkeisiin. Tulokset ovat analysoitu kuvailevan tilastotieteen ja SPSS:n avulla.

Tulokset osoittavat siihen että suurin osa, 97%, ovat sitä mieltä että imetysohjaus on ollut riittävä. Imetystä edistävät käytännöt, esimerkiksi ihokontakti, vaihteli sairaaloiden välillä. Yksittäisissä vastauksissa näemme huonon kokemuksen imetysohjauksesta. Se koettiin riittämättömäksi ja puutteelliseksi tai epäjohdonmukaiseksi. Lopuksi voi todeta että suurin osa vastaajista ovat tyytyväisiä imetysneuvontaan ja imetystukeen sairaalaolon aikana.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Imetys, imetysneuvonta, imetysohjaus

---

# **BACHELOR'S THESIS**

Author: Christa Wargh

Degree Programme and city: Midwife, Vasa

Supervisors: Anita Wikberg

Title: Breastfeeding counseling in the hospital – Parents views on breastfeeding information and breastfeeding counseling in three central hospitals in Western Finland.

---

Date 31.5.2017 Number of pages 45 Appendices 2

---

This thesis is about breastfeeding and the information and support parents receive during their time in the hospital. The aim of the thesis is to find out how new parents experience all the given information, the practical help and support regarding breastfeeding during their time in the hospital. The thesis is ordered by Baby Friendly Österbotten, and it is done as a quantitative questionnaire research. The collection of data was done within a period of three weeks on three different central hospitals in Western Finland. Baby Friendly Österbotten has made the questionnaire and they have been used for similar research two times before. In total 113 mothers answered the questionnaire. The results have been analyzed by descriptive statistics and SPSS.

The results show that the majority, 97%, thought that the breastfeeding counseling they received was enough. Habits that promote breastfeeding, for example skin-to-skin-contact, varied between each hospital. Single answers showed a negative perception on breastfeeding-support. It was experienced insufficient and inadequate, in some cases inconsequent. The conclusion is that the majority was very pleased with the given information and the support they had received regarding breastfeeding during their time in the hospital.

---

Language: Swedish Key words: Breastfeeding, Breastfeeding counseling, Breastfeeding information

---

# 1 Innehållsförteckning

1 Inledning .....	1
2 Syfte och problemprecisering .....	2
3 Teoretiska utgångspunkter	
3.1 Genuint vårdande av det genuina .....	3
3.2 En barnmorskemodell för kvinnocentrerad förlossningsvård .....	4
4 Amning	
4.1 Bröstens utveckling och anatomi .....	6
4.2 Mjölproduktion .....	7
4.3 De vanligaste problemen .....	7
4.3.1 Mjolk som inte räcker till .....	7
4.3.2 För mycket mjolk .....	8
4.3.3 En kraftig utdrivningsreflex .....	9
4.3.4 Mjolkstockning .....	9
4.3.5 Sår, bakterier och svamp .....	9
4.3.6 Brösten blir ointressant .....	10
4.4 Bröstmjölken innehåll .....	10
4.5 Amningsfrämjande vårdprinciper på förlossningssjukhus .....	12
4.6 Amningsstöd och amningsrådgivning .....	13
4.6.1 Upplevelser av rådgivning och stöd kring amning .....	13
4.6.2 En bra och praktisk information .....	14
4.6.3 Möjliga hinder till god amningsrådgivning .....	15
4.7 Amning i Finland .....	16
4.8 Baby Friendly .....	17
5 Metoder	
5.1 Enkät och urval .....	17
5.2 Beskrivande statistik .....	18
5.3 Kvalitativ innehållsanalys .....	18
5.4 Praktiskt genomförande .....	19

5.5 Etik .....	20
6 Resultat	
6.1 Bakgrundsuppgifter .....	21
6.1.1 Helhetliga bakgrundsuppgifter .....	21
6.1.2 Bakgrundsuppgifter enligt sjukhus .....	22
6.2 Amningsplaner .....	23
6.2.1 Helhetliga amningsplaner .....	23
6.2.2 Amningsplaner enligt sjukhus .....	24
6.3 Tillfredsställelse av amningsrådgivning .....	25
6.3.1 Helhetlig tillfredsställelse med amningsrådgivning .....	25
6.3.2 Tillfredsställelse enligt sjukhus .....	26
6.4 Tillfredsställelse med amningsstödet .....	27
6.4.1 Helhetlig tillfredsställelse med amningsstödet .....	27
6.4.2 Tillfredsställelse enligt sjukhus .....	27
6.5 Sjukhusens amningsfrämjande vanor .....	28
6.5.1 Helhetliga amningsfrämjande vanor .....	28
6.5.2 Amningsfrämjande vanor enligt sjukhus .....	30
6.6 Resultat ur öppna svar .....	30
7 Diskussion	
7.1 Metoddiskussion .....	31
7.1.1 Reliabilitet.....	31
7.1.2 Validitet.....	32
7.2 Resultatdiskussion .....	33
8 Slutledning .....	35
9 Källförteckning .....	36
Bilagor	

# 1 Inledning

Enligt WHO (2017) borde alla nyfödda få enbart bröstmjölks som näring upp till en ålder av 6 månader, efter det borde tillägg introduceras vid sidan av amning, som i sig själv kan fortsätta tills barnet når en ålder av 2 år eller mera. År 2005 ammade 60% av mammorna i Finland åtminstone 6 månader. Fastän amningstiden i helhet bara blivit längre under de senaste årtiondena, har hel-amningstiden ändå hållits överraskande kort, med ett medeltal på en längd av 1,4 månader. Statistiken, som givetvis talar för sig själv, får man ändå ta med en nypa salt, i och med att amningsstudierna i Finland drar ganska starka gränser på vad del-amning och hel-amning är. Jämförelsevis kan man se att i övriga Norden är både del-amningstiden och hel-amningstiden längre än i Finland. Till exempel år 2006 i Sverige del-ammades 69% av 6 månader fyllda barn och 15% hel-ammades. I Finland hel-ammades bara 1% av 6 månader fyllda barn. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Mitt examensarbete handlar om amning, hur mödrar upplever amningsstödet och amningsrådgivningen under BB-tiden. Examensarbetet är ett beställningsarbete av Baby Friendly Österbotten, som också gjort enkäterna som används vid datainsamlingen. Arbetet är en uppföljningsstudie till tidigare gjorda arbeten inom samma ämne, till exempel år 2013 gjorde Kangasvieri Tiina och Nevala Noora en liknande undersökning där samma enkäter används. Att följa upp statistik och utveckling är alltid en kvalitetsförsäkran.

Amning är ingalunda något nytt fenomen. Sociala förhållanden och industriell utveckling har genom alla tider påverkat amningstrenden bland mödrar. Amningshistorier finns lika många som det finns mödrar. För den ene kan det fungera väldigt bra från dag ett, medan det för den andra eller den tredje kan innebära månader av kämpande, skrik och till sist kulminera i uppgivenhet och flaskmatning. Varför vissa kvinnor väljer amning och varför andra kvinnor väljer bort amning är svårt att få ett enda ärligt och korrekt svar på. Alla har sina egna motiv och orsaker till sina val, vilket naturligtvis är deras rättighet.

Som barnmorskestuderande har intresset för barnmorskearbete och vidare för amning och nyföddas hälsa, givetvis gjort att jag gärna läser och följer med debatter angående amning och familjeliv på sociala medier. I Österbotten år 2017 är det minst sagt ett hett ämne. Jag tror ändå att största orsaken till de flesta diskussioner som förs idag är bristen på kunskap och förståelse. Det man inte förstår eller själv har en relation till är lätt att smutskasta.

Personligen vill jag först och främst som blivande barnmorska själv öka min förståelse och min kunskap. Dessutom hoppas jag att jag i och med mitt blivande yrke och min studie kan bidra till en ökad amningsvänlighet och en förlängd amningstradition i Finland.

## **2 Syfte och problemprecisering**

Syftet med denna studie är att utreda hur nyblivna föräldrar upplever informationsflödet, den praktiska hjälpen och stödet vid amning redan på BB-tiden. Jag vill få en bredare förståelse för föräldrarnas känslor, behov av stöd och behov av information kring amning, för att i mitt kommande yrke kunna svara på behovet med tillräcklig kunskap och förståelse. För att uppnå mitt syfte har jag ställt följande frågeställningar.

1. Hur erfar modern stödet och informationsgivningen kring amning på BB?
2. Hur kan barnmorskor stödja och informera för att främja en naturlig amning redan på BB?



### 3 Teoretiska utgångspunkter

I följande kapitel tar skribenten upp de vårdvetenskapliga utgångspunkter som ligger som grund för studien. Som vårdvetenskapliga utgångspunkter valde skribenten modellen *Genuint vårdande av det genuina*, skriven av Berg (2010) och *En barnmorskemodell för kvinnocentrerad förlossningsvård* av Berg, Olafsdottir och Lundgren (2012).

#### 3.1 Genuint vårdande av det genuina

Denna modell utgår egentligen från ett kontext med ökade risker kring barnafödande. Barnafödande i sig omspanner både graviditeten, förlossningen och nyföddhetstiden. Modellen vill få svar på vad som är det allra mest centrala i vårdande av kvinnor under graviditet, förlossning och tiden efteråt. Syftet var att ge barnmorskor nycklar i hur man kan utveckla hög kvalitet i sitt vårdande. Modellen består av tre delar som presenteras nedan. (Berg 2010, 150).

- a) *"En värdighetsbevarande vårdrelation"*
- b) *"Förkroppsligad kunskap"*
- c) *"Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv"*

*"En värdighetsbevarande vårdrelation"* handlar om relationen som byggs upp mellan varje kvinna och barnmorska. Det är relationen i sig som fungerar som grund för att skydda kvinnans värdighet. Författaren talar om fem olika delar som tillsammans ska hjälpa relationen: *"ömesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro"*. Exempel på hur dessa fungerar i praktiken är till exempel öppenhet mellan barnmorska och föderskan - det måste finnas en aktiv dialog mellan personerna i fråga. Tillit, från barnmorskans sida till kvinnans förmåga som mor och från kvinnans sida till barnmorskans yrkesskicklighet. En öppen och fortgående dialog, speciellt vid situationer som kanske kräver medicinska åtgärder och som kan vara psykiskt påfrestande för modern. Vid dessa situationer kommer vi in på ännu en aspekt, vikten av att barnmorskan finns där för modern, även då vården kanske kräver att ett flertal andra yrkesgrupper är aktiva i vården. (Berg 2010, 150-153).

*"Förkroppsligad kunskap"* handlar om den kunskap som är förkroppsligad i barnmorskan själv. Här handlar det inte heller enbart om teoretisk kunskap utan också om hur barnmorskan kan använda sina egna sinnen till sin fördel. Intuitionen är inte att förakta heller. Intuition är något som kommer med erfarenhet, till exempel bara en lätt känsla av att något inte står helt rätt till. Även om intuition och användning av sina egna sinnen är bra, utesluter det inte att en teoretisk och evidensbaserad kunskap alltid är nödvändig för att kunna fatta rätta beslut. Man bör veta vad som är normalt för att känna igen det onormala. (Berg 2010, 153-154).

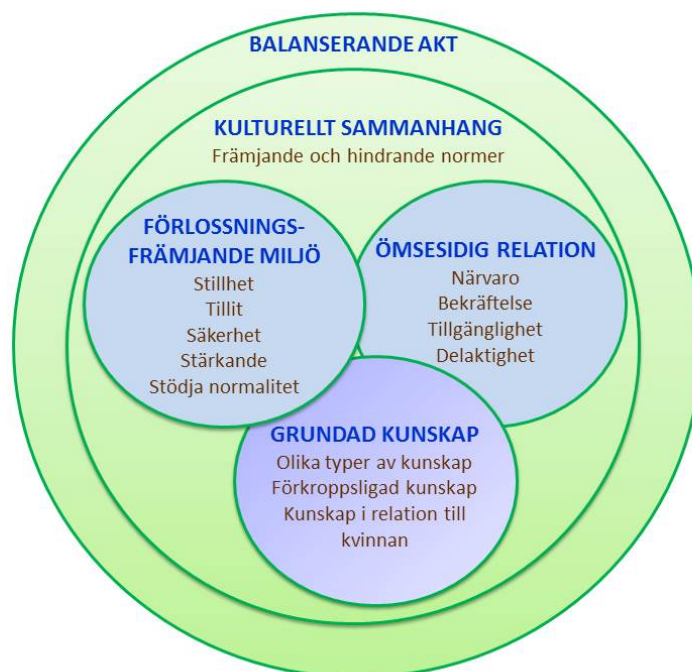
*"Balanserade av naturligt och medicinskt perspektiv"* talar om att hitta en balans i att låta naturen ha sin gång och stödja det normala men att samtidigt behandla eventuella komplikationer och betrakta barnafödande som en risk förrän allt är över och har gått bra. Barnmorskor och till exempel obstetiker eller neonatalläkare kan ofta konfronteras i barnmorskans vilja att normalisera och läkarnas ambition att diagnostisera och behandla (Berg 2010, 154-156). Kärnan i förlossningsvården handlar om att utveckla värdighetsbevarande relationer och att hitta en balans mellan det medicinska och naturliga. För att klara av en sådan uppgift krävs god förkroppsligad kunskap. (Berg 2010, 165).

I denna studie kan man se den första delen, *"En värdighetsbevarande vårdrelation"* i en amningsfrämjande vård. Barnmorskan som ska finnas till för den blivande modern i förlossningens alla olika faser och den blivande modern som bör lita på barnmorskans expertis och erfarenhet. Öppenheten och tillit mellan föderska och barnmorska är en kärnpunkt som jag hoppas hitta i mina resultat. Den andra delen, *"Förkroppsligad kunskap"* betyder i min studie givetvis all den kunskap som barnmorskan samlat på sig, men när det kommer till intuition kan man likaväl dra paralleller till föderskans intuition också. I min studie kan det för barnmorskan innebära att gå tillbaka till den första punkten, och vara öppen och lyhörd för moderns erfarenhet och behov. Ett *"balanserat av naturligt och medicinskt perspektiv"* kan i mitt arbete handla om amning och flaskmatning. Hur länge och under vilka omständigheter ska det naturliga, amningen, främjas och när kräver situationen att flaskmatning eller annan form av matning tillgås?

### 3.2 En barnmorskemodell för kvinnocentrerad förlossningsvård

En annan evidensbaserad, teoretisk modell, med tämligen likadana begrepp, är barnmorskemodellen för kvinnocentrerad förlossningsvård. Berg, Olafsdottir och Lundgren

(2012) har tillsammans utvecklat modellen främst för förlossningsvård, men de menar också att man kan tillämpa den på ett flertal områden inom samma kontext. Tre av de fem begreppen går in i Bergs tidigare modell, de andra två har utvecklats vidare. Nedan följer en bild som förklarar modellen mera ingående.



Figur 1. *A midwifery model of woman-centered childbirth care* (Berg, Olafsdottir & Lundgren 2012). Bilden är hämtad från MiMo's hemsida, ett projekt som inom förlossningsvård testar modellen i Sverige och på Island.

All förlossningsvård idag kan ges på ett sätt som antingen främjar eller hindrar. Främjande förlossningsvård är det som ses "Förlossningsfrämjande miljö", till exempel stöd, tillit och stärkande av kvinnans egna förmåga. Hinder till dessa kan vara tidsbristen och brådska på avdelningar. Termen "balanserad akt" handlar om det som barnmorskan aktivt gör för att skapa en kvinnocentrerad förlossning. Det är en utmaning för barnmorskan att ständigt egentligen gå längs två olika stigar, där den ene vill låta förlossningen ha sin naturliga gång och där den andre ser det medicinskt tekniska och vill främja säkerheten allra först. (Berg, Olafsdottir & Lundgren 2012, 6-7).

Modellen har många likadana drag som Bergs egen modell (2010) som blev beskriven i kapitel 3.1, men här går man ännu in på två nya termer vid namn "kulturellt sammanhang" och "förlossningsfrämjande miljö". I min studie kan man se denna modell som de åtgärder barnmorskan vidtar för att förstå kulturella skillnader och ändå främja en naturlig och

kvinnocentrerad förlossning. I och med till exempel ständig invandring och utflyttning får det kulturella sammanhanget allt större betydelse, även i Finland. En stor utmaning för barnmorskor här kan vara förståelse för olika kulturer och hur de fungerar. En stor utmaning för eventuellt nyinflyttade föderskor kan vara att förstå att amning inte nödvändigtvis är den enda och den främsta födan för nyfödda här. Det första intrycket kan till och med vara förakt gentemot ammande mödrar i offentligheten. Föderskan kan förstås också uppleva en tillit till barnmorskan som visar ett öppet sinne, respekt och vilja att förstå.

## **4 Amning**

Amning har alltid varit den primära näringskällan för nyfödda och småbarn. Inte bara har amningen många hälsofördelar för både mor och barn, utan det har också ofta varit en enkel och billig lösning för många föräldrar. Hur amning egentligen fungerar och vad dess egentliga hälsofördelar är, är något som man börjat forska i först i modern tid. I följande kapitel tar skribenten upp anatomin och fysiologin vid amning, de vanligaste problemen som kan uppkomma, bröstmjölakens innehåll och olika upplevelser av informationsgivning och stöd kring amning.

### **4.1 Bröstens utveckling och anatomi**

Bröstutvecklingen påbörjas i puberteten och stimuleras av hormonet östrogen. Mjölkgångarna i bröstet blir längre och förgrenar sig och i ändarna bildas små knoppar. I samband med att ägglossningen börjar utvecklas sedan knopparna till små hålrum, alveoler, som senare kan komma att bli mjölkproducerande. Ett moget bröst består av körtelvävnad, bindväv, fettvävnad, blodkärl, nerver och lymfkärl. Under graviditeten ökar antalet gångar och hålrum, bröstets utseende och form ändras också. Själva mjölkproduktionen sker inuti alveolerna. Alveolen är ett litet hålrum insvept i mjölkproducerande celler. Runt alveolerna finns sedan ett muskelnätverk, som vid påverkan av oxytocin pressar ut mjölken i mjölkgångarna (Kylberg, Westlund & Swedberg 2014, 46). Man har vid användning av ultraljud över bröstet på ett tydligare sett kunnat se

den egentliga uppbyggnaden av bröstet. Hur bröstet är uppbyggt skiljer sig inte mycket från hur ett trädts rötter eller en vindruvsranka ser ut. Mjölkgångarna kan jämföras med rankan, medan vindruvorna i sig är de mjölkinnehållande alveolerna. Rankan går också djupt in i bröstvävnaden, precis som ett trädts rötter går djupt ner i jorden (Niemelä 2006, 37).

#### 4.2 Mjolkproduktion

De största förändringarna i bröstet sker redan tidigt under graviditeten. Hormoner som till stor del bildas i moderkakan får bröstet att öka antalet alveoler kraftigt, mjölkgångarna att tjockna, blodflödet att öka och muskelcellerna kring alveolerna att förstöras. Det är inte ovanligt att kvinnan till och med med egna ögon ser det förstörande nätverk av vener under huden på bröstet. Ungefär mellan vecka 5-8 brukar kvinnan också märka att bröstet förstöras och känns tyngre än de brukar. Vårtgården och bröstvårtan blir också större. Under hormonet prolaktin påbörjas vid ungefär tredje graviditetsmånaden en produktion av råmjölk (kolostrum) i alveolerna. Den fulla produktionen av mjölk kommer ändå igång först efter förlossningen, i och med att prolaktin i stor del hämmas av hormonerna östrogen och progesteron, som bildas i moderkakan. Man räknar med att en aktiv bildning och frigörelse av bröstmjölk påbörjas ungefär 2-5 dagar efter förlossningen, då östrogen och progesteron nivån fort sjunker. Ju tidigare amningen startas desto snabbare kommer vanligen mjolkproduktionen också igång. Bröstets kapacitet tillåter ett ansamlade av bröstmjölk under cirka två dygn, men om det efter det inte sker en tömning kommer bildningen av bröstmjölk snabbt att minska (Kylberg, et. al. 2014, 47-48).

#### 4.3 De vanligaste problemen

Långt ifrån alla mödrar och nyblivna föräldrar som under graviditeten planerat och förberett allt till minsta detalj upplever ändå en problemfri och fridfull amningstid. Problemen som uppstår kan ha både att göra med modern själv, barnet eller yttre faktorer såsom omgivningen. Nedan kommer skribenten att ta upp de vanligaste problemen som kan uppstå under amningstiden.

#### 4.3.1 Mjölksom inte räcker till

Det finns olika orsaker till att mödrar ibland upplever att mjölken inte räcker till. Det kan bero på flera olika tillstånd hos barnet. Ibland har förlossningen krävt sitt även av barnet, och barnet kan vara i behov av intensivvård eller intensivövervakning för nyfödda, vilket i sin tur innebär mindre hud-mot-hud-tid med modern och mindre möjligheter till att ens pröva på amningen. Ibland har barnet inte tillräckligt bra tag om bröstet eller så har man för fort gått över till ersättning eller till och med flaskmatning när problem uppstått.

Ibland kan också problem finnas hos kvinnan, om hon är väldigt stressad eller medtagen och inte kan eller orkar försöka amma, ifall bröstreduktion gjorts eller i sällsynta fall kan det också komma fram att kvinnan helt enkelt har för lite bröstkörtelvävnad. När man börjar misstänka att mjölken inte räcker till kan man fundera på några saker. Har barnet tillräckligt stort tag om bröstet? och rätt tag? Får barnet tillräckligt hud-mot-hudkontakt? Man kan försök känna igen varenda minsta signal på hunger hos barnet och amma så fort man misstänker barnet kan vara hungrigt. Om barnet somnar, försök få det att självmant vakna upp och vilja amma mera. Byt bröst mellan varje amning, och undvik nappflaska och tillskott så långt det går. Har det redan påbörjats kan man försöka dra ner på tillskott och istället dryga ut med bröstmjölk. Det är också viktigt att ta hand om sig själv, att vila och se till att man får tillräckligt med vätska och näring (Olanders 2013, 83-85).

#### 4.3.2 För mycket mjölk

Problemen med för stor mjölkproduktion ses både hos kvinna och barn. Kvinnan kan eventuellt drabbas av mjölkstockning och bröstinflammation, har man väldigt otur kan det ibland ske upprepade gånger. Man kan uppleva att bröstet läcker även fast man inte ammar, och när man väl gör det kommer det med sådan fart att hälften åker ut bredvid barnets mun. Barnet i sin tur kan kräkas ofta, besväras av gaser och koliksymptom. Många tror att barnet egentligen bara är glupskt, när det i själva verket jobbar hårt för att få ner all mjölk som kommer. Ibland kan barnet till och med sluta att ta bröstet på grund av mängden mjölk. Många upplever att det hjälper att börja med att till viss del tömma bröstet genom att pumpa före amning. När barnet sedan ammar kommer mjölken i en betydligt mer behaglig takt. Resten av dagen ammar man på barnets begäran, och varvar mellan höger och vänster bröst. Man borde heller inte låta det gå för länge mellan amningarna, utan hellre amma kortare stunder men med tätare intervall. Genom att pumpa bröstet signalerar

man ju själv att bröstet borde producera mer mjölk, så man borde för enkelhetens skull undvika att tömma fler än en gång per dygn. För bröst som läcker kan man skaffa inlägg, de placeras inuti behåren och bör bytas ofta för att undvika bakterieansamling. Kvinnor med stor mjölkproduktion brukar ibland donera bröstmjölk, vilket inte är helt ovanligt. De flesta sjukhus har någon form av mjölkkök som kontaktas i sådana fall (Olanders 2013, 87-90).

#### 4.3.3 En kraftig utdrivningsreflex

Många barn kan bli skrämda av en kraftig utdrivningsreflex. Det är bra att i sådana fall låta bröstet spruta de första strålarna i till exempel en handduk eller ett handfat. Vet man om att detta brukar hända är det bra att amma i en ställning som möjliggör för barnet att dra undan huvudet för att undvika att det sätter i halsen eller får upp mjölken i näsan. Att variera ställning kan ibland också fungera. Att amma bakåtlutandes gör åtminstone att dragningskraften inte hjälper till. Barnet kan då ligga på kvinnans överkropp eller sitta upprätt. Ibland fungerar det också att ligga ner och amma (Olanders 2013, 90).

#### 4.3.4 Mjölckstockning

Mjölckstockning innebär att mor eller barn, medvetet eller omedvetet har hindrat mjölken från att rinna ut. Ibland kan också en för trång behå eller till exempel ett bärhjälpmedel vara orsaken till stockning. Bröstet kan bli hårt och knöligt, ofta också rött och varmt. Mjölkgångarna och alveolerna fylls bara på utan att tömmas, och till sist kan mjölken börja tränga ut i vävnader. Kroppen kan då reagera som vid inflammation, vissa kvinnor får också feber, huvudvärk och muskelvärk. Självhjälp vid mjölckstockning är att koncentrera amningen till det bröstet som är stockat, så det får tömmas tillräckligt. Det kan vara lönsamt att amma i olika ställningarna, att kolla att barnet har tillräckligt stort tag och att stryka med fingrarna längs det stockade området då barnet ammar. Vill barnet inte amma kan man handmjölka till exempel i duschen (Olanders 2013, 91-93).

#### 4.3.5 Sår, bakterier och svamp

Under de första veckorna man ammar är det vanligt att få någon form av sugblåsor eller sår kring bröstvårtorna. Ibland gör det ont när barnet ammar, men i normala fall ska smärtan lätta efter en stund. Sår som sedan inte läker eller uppstår senare i amningen kan påverka hur mycket barnet får i sig och bör därför tas på allvar. Om sår uppstår bör man vara noggrann med hygien och alltid tvätta händerna före man rör bröstet. Man kan mjölka ut några droppar efter avslutad amning som man sedan smörjer bröstvårtorna med. Det är också alltid bra att låta bröstet lufttorka. Vid olyckliga fall kan bakterier komma in i såret och orsakar då en bröstinfektion. I såna fall kan modern komma att behöva antibiotika. Det är inte farligt att amma barnet fast småsår uppstår. En svampinfektion känns ofta igen på att bröstvårtan kan bli rosa och börja se fjällig ut. Ofta har också barnet en vit beläggning i munnen. Vid svampinfektion hjälper det ofta att lufta bröstet. Behå och amningsinlägg ska bytas ofta och hållas torra, ibland hjälper det också att se över kvaliteten på behå och inlägg. Bomull är betydligt mera vänligt för bröstet än plast. Alla nappar och bitleksaker borde kokas. För att sänka ph-värdet kan man badda bikarbonat-vatten kring bröstvårtan och låta torka. Före nästa amning borde man dock tvätta av bröstvårtan med vanligt vatten igen. Ifall man inte får bukt på svampen på egen hand bör man söka vård (Olanders 2013, 95-99).

#### 4.3.6 Bröstet blir ointressant

Ibland, trots att amningen fungerat bra så långt, kan barnet plötsligt sluta ta bröstet. Amningen kommer igång, men efter någon minut släpper barnet och kanske istället börjar skrika, nicka med huvudet eller vänder bort huvudet. Några orsaker till ett sådant beteende kan vara kroppslig smärta; till exempel öronvärk eller nästäppa, mjölken smakar annorlunda eller helt enkelt att något stört barnet i amningen. Ibland kan det hjälpa att helt enkelt börja om från början. Hudkontakten är viktig och mycket tålamod krävs. Vissa mammor upplever hjälp av en så kallad amningsnapp, som läggs fast på bröstet och gör bröstvårta lite hårdare. För barn som lätt störs av omgivningen kan det hjälpa att alltid amma privat eller till exempel i ett mörkt rum där det inte finns så mycket att se på (Olanders 2013, 104-108).



#### 4.4 Bröstmjölken innehåll

Beroende på hur lång tid det gått sedan förlossningen producerar modern lite olika mjölk. Råmjölken produceras mellan 0-5 dagar efter förlossningen, övergångsmjölk ungefär mellan dagarna 6-14 och mogen mjölk ungefär från dag 15. I jämförelse med mogen mjölk innehåller råmjölk mera protein, vitaminer och mineraler. Proteinets sammansättning är också annorlunda. Det finns en större andel immunoglobuliner i råmjölken än i den mogna mjölken, detta för att råmjölkens främsta uppgift är att stärka immunförsvaret hos barnet. (Kylberg et. al. 2014, 51-52). Nedan kan man se en tabell som jämför näringsinnehållet per 100g mogen bröstmjölk och råmjölk.

Tabell 1. Näringsinnehåll per 100g mogen bröstmjölk och råmjölk (THL 2017).

Näringsinnehåll per 100g	Mogen bröstmjölk	Råmjölk
Energi kJ	273	275
kcal	65	66
Protein g	1,1	4,6
Fett g	3,5	3,4
Kolhydrater g	7,4	4
Laktos g	7,4	4
Vit D mikrog	<0,1	<0,1
Vit C mg	6,0	1,5
Natrium mg	20	50
Kalium mg	47,8	160
Kalcium mg	28,2	123
Fosfor mg	15	90
Järn mg	0,1	<0,1

Inte ännu idag kan man fullständigt veta exakt hur modersmjölken är uppbyggd och vad den består av. Det att den förändras under de första veckorna man ammar, från råmjölk till mogen bröstmjölk, är dock säkert. Råmjölken innehåller mycket antigener och även laxativa, för att främja utsöndringen av barnbeck ur tarmkanalen. Råmjölken är tjockare

och ofta lite mer gulaktig i färgen än mogen bröstmjölk. Den innehåller upp till tre gånger mer protein än den vanliga bröstmjölken, fett och laktos finns i mindre mängd jämfört med mogen bröstmjölk. Inte i något skede under amningen kommer bröstmjölakens innehåll att bli onödigt för barnet. Kalorimängden och laktosmängden stannar ungefär på det samma under hela tiden, medan proteinmängden sjunker inom första halvåret för att sedan stanna upp ungefär på samma nivå för resten av amningstiden. Fettprocenten i bröstmjölk varierar lite från kvinna till kvinna och beroende på vilken tid på dygnet barnet ammas. Efter ungefär fyra månaders amning sjunker nivån litegrann, men stiger igen ifall amningen fortgår efter ett år. Hos mammor som ammat längre än ett år är energimängden och fettprocenten i bröstmjölken högre än hos mammor som ammat en kortare tid (2,4 mån) (Niemelä 2006, 9-11).

Bröstmjölken skyddar barnet från infektionssjukdomar och diarréer och den innehåller antigener, enzymer och nödvändiga bakterier som förhindrar uppkomst av farliga bakterier. I mjölken finns bland annat IgA-antigener som skyddar barnet från infektioner i slemhinnor och ett femtiotal olika tarmskyddande oligosackarider. De antigener som finns i bröstmjölken formar sig alltid enligt barnets behov, till exempel hos en prematur hjälper bröstmjölken till att utveckla matsmältningskanalen. Bröstmjölken innehåller också mycket laktos, ungefär två gånger mera än vanlig komjölk. Sockerarterna används främst för utvecklingen av hjärnan hos barnet. Sockret skadar ej heller tänderna i normala fall (Niemelä 2006, 11-13).

#### 4.5 Amningsfrämjande vårdprinciper på förlossningssjukhus

Det finns många olika konkreta sätt för vårdpersonal att främja amning redan under BB-tiden. Det första är att när barnet väl är ute borde det bara torkas och sedan lyftas upp på moderns bröst så fort som möjligt. Efter att moderkakan kommit ut och de mest nödvändiga åtgärderna blivit gjorda, ska familjen lämnas i fred för att få tid att bekanta sig med det nya livet. Rutinåtgärder som K-vitaminering och vägning kan vänta tills första amningen lyckats. Hud-mot- hudkontakten med barnet ökar oxytocinutsöndringen hos modern, som å sin sida försnabbar utstötningen av moderkakan, hjälper livmodern att dra ihop sig, minskar blödningsrisken och främjar utsöndringen av bröstmjölk. På det psykiska

planet hjälper oxytocinet modern att också bonda med barnet. För barnet är hud-mot-hudkontakten viktig för att bibehålla stabil kroppstemperatur, för att lugna puls och andning och för att förbättra syreupptagningen. Det startar också barnets naturliga behov av att söka sig till bröstet. Studier har visat att hos barn som fått en omedelbar hud-mot-hudkontakt med mamman efter födseln har amningen också varat längre (Koskinen 2008, 73-75).

En annan viktig aspekt för att främja amning är att låta barnet amma för första gången redan i förlossningssalen. Nyfödda är oftast beredda att amma ungefär 30-80 minuter efter förlossning. Barnet ska helst själv visa amningssignalerna, det vill säga öppna munnen och börja böka med huvudet, förrän amning påbörjas. Man borde inte hjälpa barnet till bröstet men vid behov hjälpa till en bättre ställning både för moder och barn. För mycket assisterande tar bort barnets egna medfödda instinkt till amning. Ju mer barnet ammar i början gynnar också mjölkproduktionen i sig, eftersom barnets sugande främjar prolaktinutsöndringen som i sin tur påverkar mjölkproduktionen direkt. Modern guidas i att känna igen de signaler som betyder att barnet är färdigt att ta bröstet, och när barnet väl tar bröstet ska denne få amma tills den själv släpper taget. De tecken som kan betyda att babyn är klar att ta bröstet kan vara att sökande med munnen, att babyn sträcker ut tungan eller att babyn till exempel börjar skrika. Ibland kan yttre omständigheter inte tillåta att modern får direkt hud-mot-hudkontakt med sin nyfödda. I sådana fall ska kontakten påbörjas genast det är möjligt. Under sjukhustiden ska barnet heller inte skiljas från sin mor om inte omständigheterna kräver så. Barnet ska inte heller ges flaska eller ersättning om det inte av medicinskt vetenskapliga orsaker är absolut nödvändigt. Nappar borde också undvikas eftersom de minskar barnets behov av att suga på bröstet (Koskinen 2008, 75-78).

#### 4.6 Amningsstöd och amningsrådgivning

Rådgivningen kring amning på avdelning kan handla om allt från vilka olika amningsställningar som kan fungera för olika mödrar, barnets amningsrytm, rätt sugteknik till barnets anatomi, användande av napp och observation vid amning. Här är det främst barnmorskan som informerar och ger råd. Stödet vid amning kan däremot både barnmorskor, partnern, vänner och familj ge. Det är egentligen bara upp till modern att

avgöra vilket slags stöd hon vill ha och från vilka hon behöver den. I följande kapitel tar skribenten upp tidigare gjord forskning kring amningsstöd och amningsrådgivning. Resultaten är uppdelade i tre olika kapitel som var för sig ser saken ur olika perspektiv; mödrars upplevelse av rådgivning och stöd, hurudan en bra och praktisk information är och vilka hinder det finns för att en god informationsgivning ska kunna ges.

#### 4.6.1 Upplevelser av rådgivning och stöd

Många kvinnor upplevde i Graffys och Taylors studie (2005) att de var lite dåligt förberedda på vad det egentligen innebär att amma, hur tidskrävande det är och hur man ska handskas med vanliga problem vid amning. Många upplevde också att de behöver mera information om fördelarna vid amning, främst för att orka fortsätta kämpa när det blev tufft men också för att kunna berätta åt andra varför de väljer att kämpa med amningen. Det mest värdefulla rådet många fick var hur man ska placera barnet i ens famn och hur man ska hjälpa barnet att ta tag ordentligt när det börjar suga. Fastän detta visade sig vara det mest värdefulla tipset, var det också många som upplevde just den handledningen bristfällig. Man funderade om stress och brådska på avdelningen bidrog till denna känsla. Andra saker som värdesattes mycket var till exempel barnmorskornas tips och knep i hur man sköter såriga bröstvårtor och också deras uppmuntran till personligt omhändertagande såsom dusch, matintag och vila (Graffy & Taylor 2005, 181-182).

Det som mödrarna inte uppskattade var opassande kommentarer av såväl professionella, släkt eller vänner. Man upplevde sig vara i ett mycket emotionellt och känsligt stadie, och åsikter om hur man inte borde göra kändes för många mödrar nästan dömande och nedvärderande. Man ville inte känna sig tvingad till amning och inte heller bli dumförklarad för att man valt flaskmatning. En annan sak som också upplevdes negativt var råd som blivit givna av professionella men talade mot varandra. En enig linje hade varit uppskattat. Man uppskattade också att bli given tid att gå igenom sina känslor och att sedan bli bekräftade att det de går igenom händer för de flesta mödrar någon gång under nyföddstadiet (Graffy & Taylor 2005, 182-184).

#### 4.6.2 En bra och praktisk information

McInerney och Langton (2012) gjorde en systematisk översiktsstudie angående kvinnors uppfattning och erfarenhet av professionellt stöd och kamratstöd. För att få ett överskådligt resultat har man delat in all information i fyra kategorier som omfattar 20 teman. Man uppskattade en äkta närvaro och en empatisk framtoning. Det uppfattades som enkelt att få kontakt och bygga relationer med en sådan vårdare. Man ville veta att vårdaren fanns till hands vid behov, och att hon då skulle vara varm, positiv och ha tillräckligt tid för henne. Man uppskattade bekräftelse, tröst och uppmuntran. Att lyssna och aktivt svara på kvinnans behov var också viktigt. Motsatsen här var fragmenterad och hastig vård. Man uppskattade inte ett kritiskt sätt eller att känna sig tvingad till att amma. Man uppskattade heller inte att personal inte hade tillräckligt tid för sina patienter. Vissa kvinnor uppskattade heller inte att vårdare aktivt och med mycket praktisk hjälp visade hur saker skulle göras, utan upplevde då att de blev hårdhänt behandlade (McInerney & Langton 2012, 134).

Det kom också fram att kvinnorna uppskattade en vårdare med en sådan personlighet som var lätt att föra dialog med. Informationen är lättare att ta in där det finns en dialog och där det finns utrymme för frågor och aktivt samtal. Ett aktivt samtal innefattar ofta praktisk hjälp, demonstrerande av tekniker och så vidare. Det uppskattades inte att vårdaren ibland inte hade sociala färdigheter nog att föra ett sådant samtal, eller att omständigheter eller utrymmesbrist inte gjorde det möjligt. Det upplevdes också väldigt stressande och konfunderande att få motstridig information från olika professionella. Likaså var det svårt att ta till sig standardiserad information där vårdaren utgick från att modern vet och kan vissa saker istället för att aktivt lära ut (McInerney & Langton 2012, 134-135).

#### 4.6.3 Möjliga hinder till god amningsrådgivning

En deskriptiv kvalitativ litteraturstudie gjord av Laantera, Pölkki och Pietilä (2011) har lyft fram möjliga hinder till god amningsrådgivning på förlossningssjukhus. Man hittade en hel del olika resultat som sedan sammanfattades i fyra punkter. Den första punkten var bristen på amningskunskap bland personal inom vården. Det kom fram att professionella inte var helt medvetna om rekommendationer, vanliga problem och fördelar med amning. Vetskapen om att till exempel flaskmatning kan förkorta amningstiden som helhet var nästan obefintlig. Det kom också fram att många barnmorskor litade på sin egen personliga erfarenhet gällande amning trots att den inte hade någon vetenskaplig bakgrund. I tester

utförda på enheter kom det fram att yngre barnmorskor med mindre erfarenhet egentligen hade bättre kunskap inom amning överlag. Varierande åsikter mellan personal på samma enhet och till och med på samma avdelning gjorde det svårt för nyblivna mödrar att veta hur de ska förhålla sig till vissa problem (Laanterä et. al. 2011, 75-77).

Den andra punkten som utgjorde hinder för amningsrådgivning handlade mera om resurser och uppbyggnad av enheter. Enheter som var under stor stress och enheter där det inte nödvändigtvis fanns tid eller möjligheter till att handleda inom amning upplevde det svårt att hjälpa nyblivna mödrar till lyckad amning. På vissa enheter fanns det kanske inte heller gemensamma riktlinjer medan det på andra enheter nog fanns, men de var inte tillgängliga för personalen. I vissa fall där den nyfödda behövde intensivvård var möjligheter till kontakt med modern nästan minimal (Laanterä et. al 2011, 77-78).

Den tredje punkten handlar om personalens interaktion med familjer och mödrar. Vissa studier visade att det var svårt att hitta en balans mellan att uppmuntra till amning men ändå inte få modern att känna sig skyldig ifall det inte gick. I vissa studier kom det också fram att ibland hade personalen svårt att förstå när enbart stöd behövdes för att hjälpa mamman. En del barnmorskor till och med ignorerade moderns önskningar gällande amning. Det kom också fram att flaskmatning har förekommit mot moderns önskan. Den fjärde och sista punkten behandlar negativa attityder bland personalen på vissa enheter. Man ansåg att amning inte var viktigt eller spelade en nyckelroll i samspelet mellan mor och barn. Man ansåg inte heller att amningsrådgivning var något som var viktigt att sätta tid på (Laanterä et. al. 2011, 78-80).

#### 4.7 Amning i Finland

Sedan 1920-talet har man aktivt och på olika sätt följt med amningens utveckling och allmänna amningstraditionen i Finland. Det man satsat mest forskningsresurser på är helhetstiden mödrar väljer att amma och hur många barn som ammas vid en viss ålder. Den allmänna amningsrekommendationen, utfärdad från WHO, rekommenderar 6 månaders exklusiv amning med endast vitaminer, mineraler och mediciner som tillsats vid behov. Efter det borde väl passerad mat som puréer och gröt introduceras, i tillägg till

bröstmjölken (WHO 2015). I Finland har det varit svårt att över huvudtaget komma upp till en helamningstid på 6 månader (Erkkola & Lyytikäinen 2010, 14).

Under åren 1950 och 1970 minskade amningstrenden märkbart i Finland. Enligt de rådgivningskort som samlades in på 1971 fick bara 5% av sex månader fyllda barn fortfarande bröstmjolk. Man tror att detta beror på att alternativen till bröstmjolk blev allt vanligare, människor flyttade från rurala områden till mera urbana miljöer, moderskapsledigheterna var korta och kvinnorna började förvärsarbeta allt mera. Man började använda alternativ till bröstmjölken vid väldigt liten ålder, det var viktigt att barnet skulle växa snabbt och få mångsidig föda. Under 1970-talet blev det ändå plötsligt ett snabbt uppsving i amningen igen. Bröstmjölken började igen ses som det absolut bästa alternativet för barn när man började lyfta upp bröstmjölakens betydelse för god hälsa och förebyggande av sjukdomar. I slutet av 1970-talet skedde också en del förändringar politiskt som hjälpte till. Bland annat fick mödrarna längre moderskapsledighet och utkomststoden för familjerna blev större. Också de lokala satsningarna påverkade amningstraditionen. Under 1980-talet var det inte helt ovanligt att det förekom stora skillnader orter emellan efter att olika kampanjer och program fött intresse och kunskap (Erkkilä & Lyytikäinen 2010, 14-16).

I Finland har man inte heller under 2000-talet uppnått de nationella och internationella rekommendationerna för amning. En undersökning gjord på tre förlossningssjukhus i huvudstadsregionen i Finland år 2004 visar att av alla födda barn har 79% fått tillägg redan under tiden på BB, och nästan hälften av dem har fått det också på varje matningstillfälle. De barn som sedan fått tillägg utöver mammans egen mjolk under sjukhustiden, hade sedan i det stora hela kortare helamnings- och amningstid som helhet, i jämförelse med de barn som bara fått modersmjolk. Undersökningar av social- och hälsovårdsministeriet visar att föräldrar till de barn som fått tillägg under barnsängstiden lätt anammar samma vana också i det egna hemmet (Erkkilä & Lyytikäinen 2010, 16-17).

#### 4.8 Baby Friendly

Kampanjer och program som arbetar för en längre amningstrend och bättre inställning till amning överlag är till exempel Baby Friendly initiativet. Baby Friendly programmet är grundat av WHO och UNICEF år 1989 och fungerar globalt. Målsättningen inom Baby Friendly initiativet är att främja, trygga och stödja amningen. Vilka enheter som helst, som

sköter gravida, föderskor och nyförlösta mammor, kan skaffa ett Baby Friendly certifikat. I Finland började man anamma Baby Friendly initiativet år 1993. THL sköter ansökan och godkännande av certifikat. Ett certifikat är i kraft endast 5 år efter godkännande, och måste sedan förnyas. Programmet är ett kvalitetssäkrande verktyg och flere samarbeten mellan yrkeshögskolor och sjukhus har redan blivit gjorda. De sjukhus i Finland som just nu har ett Baby Friendly certifikat i kraft är bara fyra till antalet; Lojo sjukhus, Vasa centralsjukhus, Hyvinge sjukhus och barnmorskeinstitutets sjukhus (Erkkilä & Lyytikäinen 2010, 12-14) (THL 2014). Resultaten i denna studie kan påverkas nämnvärt av det faktum, att i bara ett av de tre sjukhus var datainsamling görs, finns ett Baby Friendly certifikat i kraft.

## **5 Metoder**

I följande kapitel beskrivs studiens tillvägagångssätt. Skribenten går in på olika skeden i studien och hur man praktiskt gått till väga. Analyseringsmetoderna beskrivs mer noggrant och till sist tar skribenten upp forskningsetik

### **5.1 Enkät och urval**

För att driva igenom en enkätstudie krävs noggrant och välplanerat förarbete. Syfte och frågeställningar måste vara helt klara och det är väldigt viktigt att de är synkroniserade med frågorna i enkäten. Välplanerade enkätstudier kan vara mycket kostnadseffektiva och ge information om en stor målgrupp i en och samma studie. När syfte och frågeställningar väl är klara bör skribenten välja vilka personer ska svara på enkäten. Det är viktigt att personerna kan representera en större grupp. De svar man får ska därmed inte bara kunna dras till en enda människa, utan också i viss mån kunna generaliseras. Till skribentens fördel kan man använda färdigt konstruerade enkäter som redan blivit testade ett flertal gånger. Resultatet från analysen kan sedan också jämföras till de tidigare gjord studierna. För att de mest tillförlitliga svaren i en enkätstudie krävs förstås en hög svarsfrekvens. Man brukar räkna med att en svarsfrekvens på 70-75% är godkänt. Enkätsvaren kan sedan matas in i dataprogram såsom Excel eller SPSS (Statistical Package för the Social Sciences) och



från de svaren kan man sedan gå vidare och göra en beskrivande statistisk analys (Billhult & Gunnarsson 2012, 140-147).

## 5.2 Beskrivande statistik

Beskrivande statistik är en form av statistik som hjälper forskaren att få en överblick över det som studerats och de som bidragit med någon form av information. All grunddata blir sammanfattade och ger en bild av materialet. För enkla studier kan helt grundläggande data som ålder och kön vara av stor betydelse. I längre och mer utvecklade studier kan man sedan komma på ännu mer ämnesspecifika variabler, som till exempel boende, typ av sjukdom och så vidare. När all insamlad data blivit sammanfattad, använder man sig av två andra begrepp; centralmått (medelvärde) och spridningsmått (standardavvikelse). Centralmått är något som beskriver det som informanterna har gemensamt, medan spridningsmått beskriver det som gör informanterna unika. Beskrivande statistik handlar alltså i enkla ordalag om att beskriva variationen i en studie på ett så överskådligt sätt som möjligt. Beskrivande statistik passar bra som analyseringsmetod när man vill få ett lättfattligt resultat av en stor målgrupp (Billhult & Gunnarsson 2012, 309-313).

## 5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys är ett sätt att ordna, kvantifiera och beskriva data. Denna typ av innehållsanalys lämpar sig bra för helt ostrukturerade texter, till exempel intervjuer eller öppna svar i enkäter. Målet är att bygga upp enhetliga meningar, koder, kategorier och teman. Utmaningen är att gå fram och tillbaka mellan de olika meningsenheterna och sub-kategorierna, för att se om innehållet är uteslutande olika och kanske bör formas till egna kategorier, eller om det egentligen är en djupare tolkning som visar på ett mönster och därmed kan omfattas i ett enda tema (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7) (Danielson 2012, 336-337).

Helt praktiskt börjar en kvalitativ innehållsanalys genom att till exempel renskriva en intervju eller genom att samla ihop alla öppna svar ur exempelvis ett hundratal enkäter. Därefter börjar ett sökande av meningsenheter. Med fördel kan man färgkoda vissa meningsenheter för att göra översikten tydligare för sig själv. Efter det börjar en kondensering som antingen kan leda till vidare sub-kategorier med egna kategorier, eller

sammanfattande, självständiga teman. I analysens slutskede fortsätter man förena olika kategorier så långt som möjligt. Genom denna typ av systematisk genomgång får man till slut en överskådlig bild av olika typer av data som kommit fram i helt ostrukturerade helheter (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7) (Danielson 2012, 336-338). Till exempel kan en meningsenhet vara ”råden går ibland isär”, som sedan kan koda till ”känsla av osäkerhet”. Ytterligare subtema kan vara ”inkonsekvens” och temat ”inkonsekvent handledning”.

#### 5.4 Praktiskt genomförande

För detta arbete fanns redan en färdig gjord och tidigare använd enkät för datainsamling. Enkäten, som kallas amningsförfrågan (Bilaga 1), är gjord av Baby Friendly Österbotten och gjordes vid anskaffandet av Baby Friendly certifikatet på Vasa Centralsjukhus år 2012. Enkätens ursprungsspråk är finska (Bilaga 2), men har blivit översatt till svenska av barnmorskor vars modersmål är svenska. Enkäten har blivit testad 2 gånger sedan dess. Arbetet görs för att man ska kunna jämföra med de resultat som kommit fram tidigare. Enkäten består av 17 frågor, av vilka frågorna 1-3 ger bakgrundsinformation som ålder, huruvida man är förstföderska eller omföderska och ifall förlossningen blev en vaginal förlossning eller kejsarsnitt. Frågorna 4-16 är strukturerade flervalsfrågor och fråga 17 ger möjlighet till öppet svar. Frågorna 5-16 upplever skribenten att svarar direkt på frågeställning nummer 1, det vill säga hur mödrarna erfor stödet och informationsgivning kring amning på BB. Likaväl svarar de samma frågor, 5-16, också på ett indirekt sätt på frågeställning nummer 2, hur jag som barnmorska kan stödja och informera för att främja en naturlig amning. Fråga 4 handlar om hur länge mödrarna tänkt amma sina barn. Den frågan besvarar inte direkt mina frågeställningar. Respondenterna förblir anonym genom alla frågor.

Centralsjukhuset i Karleby (Soite), Vasa centralsjukhus (VCS) och Seinäjoen Keskussairaala (EPSHP) är de enheter där datainsamling ägt rum. Forskningslovsförfrågan har av skribenten blivit ifyllt och av ledande överskötare blivit godkänd på alla tre enheter. Enkäterna har personligen blivit överlämnade och avhämtade till två enheter av skribenten själv, till den sista enheten har enkäterna blivit skickade och returnerade med posten. Personal på avdelningarna har kontaktats för att veta om sin medverkan och att de förväntas dela ut enkäterna åt nyblivna mödrar före

hemförlovningen. Skribenten har informerat personalen om att inga namn eller födelsetider ska fyllas i på enkäterna och att respondenterna frivilligt får delta i studien. Enkäten lämnas sedan tillbaka till personalen. Enkäterna finns tillgängliga för besvarande under en tidsperiod på tre veckor. Datainsamlingen har skett under vårvintern 2017, med lite variation i datumen mellan de olika enheterna. Analysprocessen har påbörjats i april 2017.

## 5.5 Etik

Inför all typ av forskning bör skribenten noggrant tänka över de forskningsetiska frågorna i arbetet. Utmaningen inom forskningsetik handlar om att minimera chanserna att respondenter utnyttjas, skadas eller såras. För att framställa kunskap eller resultat krävs ofta att människor medverkar. Det finns alltså alltid en risk att människor utnyttjas på orimlig basis. Forskningsetik arbetar därför för att skydda de personer som medverkar i studier av de olika slag (Kjellström 2012, 70-71).

Det finns 3 etiska principer som gäller för forskning som sker inom den humanistiska vetenskapen. *"Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt,"*, *"Undvikande av skador"* och *"Personlig integritet och dataskydd"*. Forskaren i projektet i fråga är alltid skyldig till att ansvara för att de etiska principerna följs. Mer ordagrant innebär de etiska principerna att deltagande i olika studier alltid sker på frivillig basis och att det i grunden alltid finns tillräcklig information. Respondenterna ska alltid ge sitt samtycke till undersökningen. och de har också rätt att neka till att delta. Ett undvikande av psykisk obekvämheter eller skada ska alltid göras och skribenten bör ta i beaktande att olika personer kan uppleva samma frågor på olika sätt. Det konstanta människovärdet ska alltid respekteras. Genom hela undersökningen ska den personliga integriteten bevaras. (Forskningsetiska delegationen 2012-2014).

## 6 Resultat

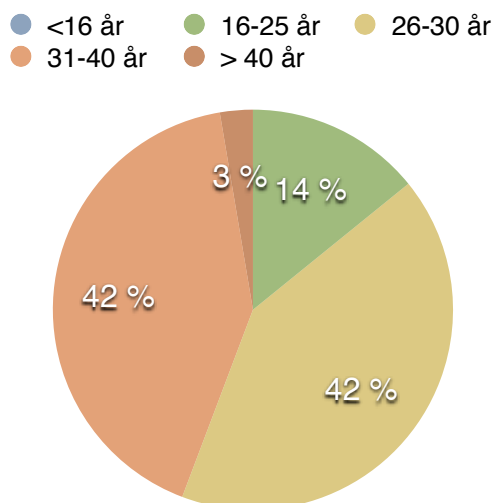
I följande kapitel presenteras resultaten. Totalt svarade 113 (n=113) mödrar på enkäten. Skribenten har delat in resultaten i sex kategorier för att göra det hela mer överskådligt. Kategorierna ses nedan. Resultaten kommer först att presenteras som helhet per kategori, och sedan per sjukhus för vidare intresse. I resultatdelen presenteras Vasa Centralsjukhus som A, Seinäjoen Keskussairaala som B och Centralsjukhuset i Karleby som C.

### 6.1 Bakgrundsuppgifter

Frågorna i undersökningen som behandlar bakgrundsuppgifter är tre till antalet. De presenteras som fråga 1, 2 och 3, och behandlar ålder, ifall man är förstföderska eller omföderska och förlossningssättet, det vill säga vaginal förlossning eller kejsarsnitt.

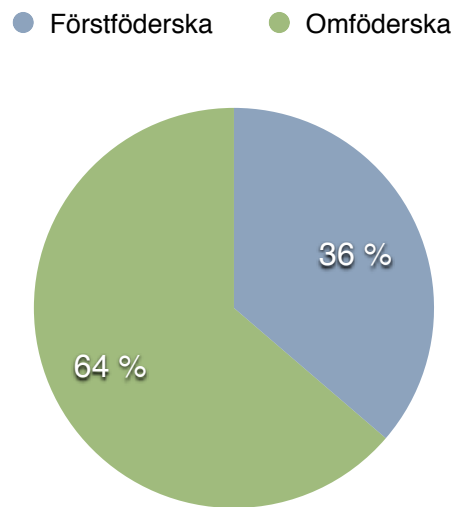
#### 6.1.1 Helhetliga bakgrundsuppgifter

Totalt svarade 113 mödrar på frågan om deras ålder. (n=113). 0% av mödrarna var under 16 år, medan de överlägset största och jämnaste grupperna var 26-30år och 31-40år, på vardera 42%. Den näst största gruppen var 16-25åringar som utgjorde 14% av alla deltagare. Den näst minsta gruppen utgjorde över 40 åringar, på 3%.



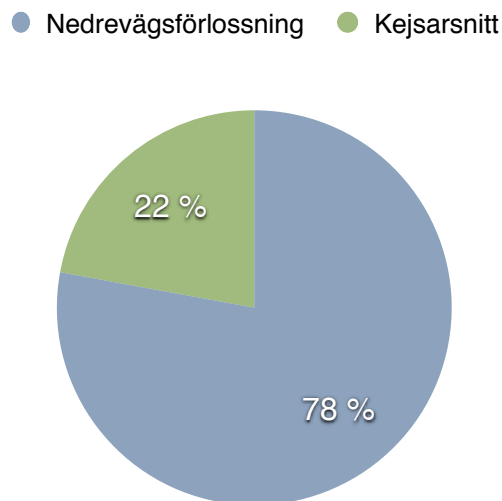
Figur 2. Ålder.

Totalt 113 mödrar svarade på ifall de var förstföderskor eller omföderskor. (n=113). 41st var förstföderskor, 72st var omföderskor.



Figur 3. Förstföderska eller omföderska.

Totalt 113 mödrar svarade på ifall de hade haft en nedrevägsförlossning eller ett kejsarsnitt. (n=113). 88st hade haft en nedrevägsförlossning, 25st hade blivit snittade.



Figur 4. Förlossningssätt.

#### 6.1.2 Bakgrundsuppgifter enligt sjukhus

På sjukhus A hade totalt 32 mödrar deltagit i undersökningen. (n=32). Den största åldersgruppen var 26-30åringar, som utgjorde hela 50% av alla deltagare. Näst största

gruppen var 31-40åringar, som utgjorde 41%. 0% hade uppgett en ålder på >40 år, medan 9% hade uppgett 16-25år. Av 32 mödrar var 59% förstföderskor, medan 41% var omföderskor. Av 32 mödrar hade 66% genomgått en vaginal förlossning, och 34% ett kejsarsnitt.

På sjukhus B hade totalt 46 mödrar deltagit i undersökningen. (n=46). Den största åldersgruppen var 31-40åringar, som utgjorde 39% av deltagarna. Näst största gruppen var 26-30åringar, som utgjorde 37%. 16-25åringarna utgjorde 22%, och den näst minsta gruppen var >40åringar, med 2%. 0% hade uppgett en ålder på <16år. Av 46 mödrar var 72% omföderskor, medan 28% var förstföderskor. Av 46 mödrar hade 85% genomgått en vaginal förlossning, medan 15% blivit snittade.

På sjukhus C hade totalt 35 mödrar deltagit i studien. (n=35). Den största åldersgruppen var 31-40åringar, som utgjorde 46% av alla deltagare. Den näst största gruppen var 26-30åringar, som utgjorde 40%. 9% hade uppgett en ålder på 16-25 år och 6% >40år. Ingen hade uppgett en ålder på <16år. Av 35 mödrar var 74% omföderskor medan 26% var förstföderskor. 80% hade genomgått en vaginal förlossning och 20% hade blivit snittade.

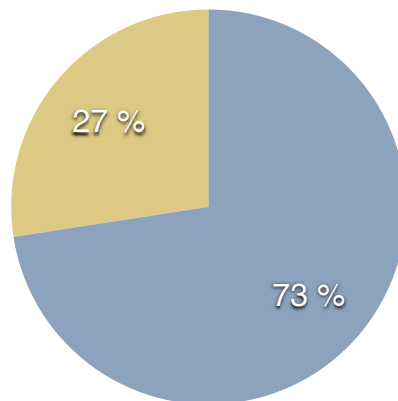
## 6.2 Amningsplaner

Fråga 4 i undersökningen är den enda som berör amningsplanerna mödrarna haft. Mödrar har blivit tillfrågade hur länge de planerat amma sitt barn, svarsalternativen ses nedan. Som tillägg till svarsalternativen har man också fått svara i fri text. De svaren presenteras enligt platsen de samlats in, under punkt 6.2.2.

### 6.2.1 Helhetliga amningsplaner

Totalt hade 113 mödrar svarat på frågan om hur länge de tänkt amma sitt barn. (n=113). 0% hade uppgett att de inte tänkt amma alls efter förlossningen. Upp till 73% hade uppgett att de planerat att helamma 6 månader och desamma tills barnet är 1 år gammalt, enligt WHO:s rekommendationer. De sista 27% hade uppgett ”något annat” som svarsalternativ.

- Helamning 6 mån och delamning tills 1 års ålder
- Har inte tänkt amma
- Något annat alternativ



Figur 5. Amningsplaner.

#### 6.2.2 Amningsplaner enligt sjukhus

På sjukhus A hade totalt 32 mödrar svarat på frågan om hur länge de tänkt amma. 75% av dessa hade uppgett att de tänkt amma enligt WHO:s rekommendationer, alltså helamning 6 månader och delamning tills barnet är 1 år gammalt. 25% hade gett andra svar. I möjligheten till fritt svar kom det fram att många planerat amma så länge som det fungerar bra och barnet vill ha bröstet, och efter det enligt behov använda tillskott. Vissa mödrar har planerat att helamma sitt barn men inte fulla 6 månader, utan endast upptill 4 eller 5 månaders ålder och efter det delamma och introducera fastare föda.

På sjukhus B hade totalt 46 mödrar svarat på frågan om hur länge de tänkt amma. 67% av dessa hade meddelat att de tänkt amma enligt WHO:s rekommendationer. 33% hade uppgett "något annat alternativ" som svar. I de öppna svaren kom fram att många planerat helamma sitt barn till 4 månaders ålder, och efter det delamma till ungefär 8 månaders ålder. Efter 4 månader hade också en del uppgett att vill introducera fastare föda. Kom också fram att många planerat att helamma och delamma så länge allt fungerar bra, i några svar var målsättningen en amning på upptill 12-18 månaders ålder. Resultaten visade också på "vi får se"-inställningen och att man enligt behov var öppen till att använda tillskott.

På sjukhus C hade totalt 35 mödrar svarat på frågan om hur länge de tänkt amma. 77% av dessa hade planerat helamma i 6 månader och delamma upp till 1 år. 23% hade uppgett

”något annat” som svarsalternativ. I svaren såg man att en liten del planerat amma till 3-4 månaders ålder och börja med fastare föda efter det. En annan del hade planerat helamning till upptill 6 månaders ålder men var öppna till att använda tillskott enligt behov.

### 6.3 Tillfredsställelse av amningsrådgivning

Frågorna 7, 8, 9, 14 och 15 behandlar tillfredsställelse av amningsrådgivningen man fått på enheten. Resultaten presenteras först som helhet och sedan enligt sjukhus.

#### 6.3.1 Helhetlig tillfredsställelse med amningsrådgivning

Nedanstående tabell ger en bild av den helhetliga tillfredsställelsen av amningsrådgivningen.

Tabell 2. Helhetlig tillfredsställelse med amningsrådgivningen.

Fråga	Tillräckligt	Otillräckligt
På sjukhuset handledde man i rätt amningsteknik (n=111)	96 %	4 %
Informerades du om möjliga amningsproblem (n=108)	76 %	24 %
Jag fick hjälp med tidig amning under barnets första levnadstimmar (n=110)	93 %	7 %
Jag upplevde den amningshandledning jag fick som tillräcklig (n=113)	97 %	3 %
	Ja	Nej
Tog man i beaktande barnets far i amningshandledningen (n=104)	41 %	59 %

I svaren framkommer att 96% av alla som svarat (n=111) upplevde handledningen inom amningsteknik som tillräcklig och enbart 4% som otillräcklig. 76% upplevde att sjukhuset informerade om möjliga amningsproblem tillräckligt (n=108), och 24% upplevde att de inte fick tillräcklig information om möjliga amningsproblem. 93% upplevde att de fick tillräckligt med hjälp med tidig amning under barnets första levnadstimmar (n=110), och 7% upplevde att hjälpen var otillräcklig. I det stora hela upplevde 97% (n=113) att den



amningshandledning de fått var tillräcklig. Vid frågan om barnets far togs i beaktande under amningshandledningen svarade 41% jakande och 59% nekande (n=104).

### 6.3.2 Tillfredsställelse enligt sjukhus

På sjukhus A upplevde 94% att handledningen i rätt amningsteknik var tillräcklig (n=32). 68% upplevde att de informerades om möjliga amningsproblem tillräckligt (n=31). På frågan om hjälpen med den tidiga amningen svarade 84% att de hade fått tillräcklig hjälp (n=32). 97% upplevde att amningshandledningen som helhet varit tillräcklig (n=32). 48% upplevde att barnets far tagits i beaktande i amningshandledningen (n=31), 52% upplevde att barnets far inte tagits i beaktande i amningshandledningen.

På sjukhus B upplevde 98% att handledningen i rätt amningsteknik var tillräcklig (n=46). 87% upplevde att de informerades om möjliga amningsproblem tillräckligt (n=46). På frågan om hjälpen med den tidiga amningen svarade 93% att de hade fått tillräcklig hjälp (n=45). 98% upplevde att amningshandledningen som helhet varit tillräcklig (n=46). 43% upplevde att barnets far tagits i beaktande i amningshandledningen (n=42), 57% upplevde att barnets far inte tagits i beaktande i amningshandledningen.

På sjukhus C upplevde 97% att handledningen i rätt amningsteknik var tillräcklig (n=33). 69% upplevde att de informerades om möjliga amningsproblem tillräckligt (n=32). På frågan om hjälpen med den tidiga amningen svarade 100% att de hade fått tillräckligt hjälp (n=32). 97% upplevde att amningshandledningen som helhet varit tillräcklig (n=35). 32% upplevde att barnets far tagits i beaktande i amningshandledningen (n=31), 68% upplevde att barnets far inte tagits i beaktande i amningshandledningen.

#### 6.4 Tillfredsställelse med amningsstödet

Frågorna 5, 6, 10 och 13 behandlar tillfredsställelse av amningsstödet man fått på enheten. Resultaten behandlas först som helhet och sedan per sjukhus.

##### 6.4.1 Helhetlig tillfredsställelse med amningsstödet

Nedanstående tabell ger en bild av den helhetliga tillfredsställelsen med amningsstödet.

Tabell 3. Helhetlig tillfredsställelse med amningsstödet.

Fråga	Tillräckligt	Otillräckligt
På sjukhuset togs det upp om amningens viktiga betydelse för moderns och barnets relation (n=110)	94 %	6 %
På sjukhuset följde man med hur amningen lyckades (n=113)	98 %	2 %
Jag uppmuntrades att amma i babyns takt (n=109)	98 %	2 %
	Ja	Nej
Uppmuntrades du att ha babyn i hudkontakt under sjukhusvistelsen? (n=111)	92 %	8 %

I tabellen framkommer det att 94% upplevde att sjukhusen tog fram vikten av amningens betydelse för moderns och barnets relation tillräckligt bra. 6% upplevde att den informationen var bristfällig. 98% upplevde att man på sjukhuset följde med hur amningen lyckades tillräckligt bra, likaså upplevde samma procent att de blev uppmuntrade att amma i babyns takt. 92% upplevde att de blev uppmuntrade att ha babyn i hudkontakt under sjukhusvistelsen, 8% upplevde att de inte fått den informationen.

##### 6.4.2 Tillfredsställelse enligt sjukhus

På sjukhus A upplevde 90% att sjukhuset tagit upp amningens viktiga betydelse för moderns och barnets relation tillräckligt bra (n=31). 10% upplevde att de inte fått tillräcklig information om det. 100% (n=32) upplevde att man hade följt med amningens framskridande tillräckligt bra. 90% sade att de hade blivit uppmuntrade att ha babyn i

hudkontakt (n=32) och 97% upplevde att de hade blivit uppmuntrade att amma i babyns takt tillräckligt (n=30).

På sjukhus B upplevde 98% att sjukhuset tagit upp amningens viktiga betydelse för moderns och barnets relation tillräckligt bra (n=45). 2% upplevde den informationen som otillräcklig. 96% (n=46) upplevde att man hade följt med amningens framskridande tillräckligt bra. 98% (n=45) menade att de hade blivit uppmuntrade att ha babyn i hudkontakt och 100% (n=45) upplevde att de hade blivit tillräckligt uppmuntrade att amma i babyns takt.

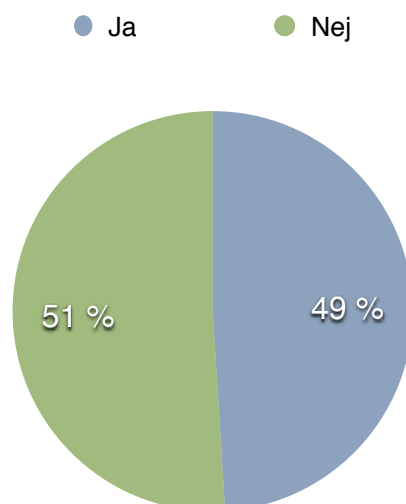
På sjukhus C upplevde 91% (n=34) att man hade tagit upp tillräckligt om amningens viktiga betydelse för moderns och barnets relation. 9% upplevde att den informationen var bristfällig. 100% (n=35) upplevde att man hade följt med amningens framskridande tillräckligt bra. 85% upplevde att de hade blivit uppmanade att ha babyn i hudkontakt (n=34), 15 upplevde att de inte hade fått del av sådan information. 97% uppgav att de hade blivit tillräckligt uppmuntrade att amma i babyns takt (n=34).

## 6.5 Sjukhusens amningsfrämjande vanor

I frågorna 11, 12 och 16 tar man upp sjukhusens amningsfrämjande vanor. Skribenten tar först upp svaren som helhet och behandlar svaren per sjukhus i senare kapitel.

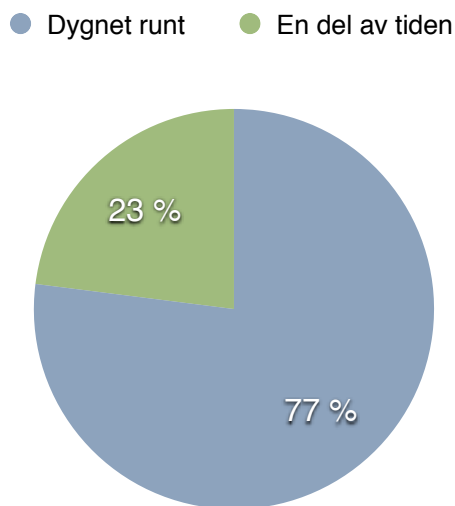
### 6.5.1 Helhetliga amningsfrämjande vanor

Användningen av annan näring än moderns egen mjölk presenteras i nedanstående figur. 51% meddelade att barnet inte hade fått annan näring än bröstmjölk, medan 49% uppgav att barnet hade fått extra näring (n=111).



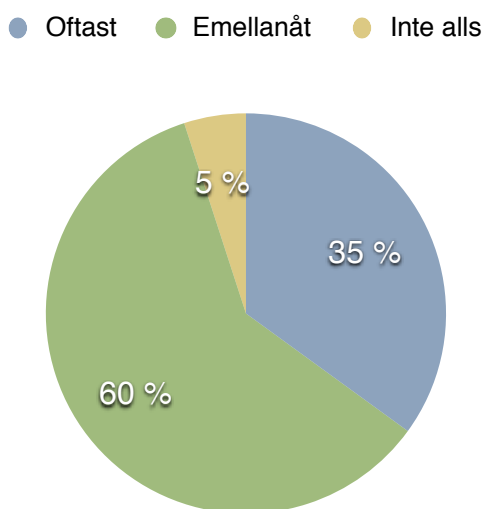
Figur 6. Användning av annan näring än bröstmjolk.

I nedanstående figur presenteras hur ofta barnet var hos modern under sjukhusvistelsen. Mödrarna hade två möjliga svarsalternativ; dygnet runt eller en del av tiden. 77% uppgav att barnet var hos modern hela tiden, medan 23% meddelade att barnet var hos dem en del av tiden (n=111).



Figur 7. Mitt barn var under sjukhusvistelsen hos mig.

På frågan om hur ofta babyn var i hudkontakt på BB-avdelningen hade mödrarna tre svarsalternativ; oftast, emellanåt och inte alls. 35% av mödrarna uppgav att de hade sitt barn i hudkontakt oftast. 60% uppgav emellanåt som svar, och 5% svarade inte alls (n=111).



Figur 8. Hur ofta babyn var i hudkontakt.

### 6.5.2 Amningsfrämjande vanor enligt sjukhus

På sjukhus A hade 53% uppgett att barnet hade fått annan näring än modersmjölken under sjukhusvistelsen (n=32), och 47% av mödrarnas barn hade bara fått modersmjölk som näring. På frågan om hur mycket barnet var hos modern under sjukhusvistelsen hade 66% svarat dygnet runt, och 34% en del av tiden (n=32). I 36% av fallen var barnet oftast i hudkontakt på BB-avdelningen, i 61% emellanåt och i 3% av fallen inte alls (n=31).

På sjukhus B hade 44% uppgett att barnet hade fått annan näring än modersmjölken under sjukhusvistelsen (n=45), och 56% av mödrarnas barn hade bara fått modersmjölk som näring. På frågan om hur mycket barnet var hos modern under sjukhusvistelsen hade 80% svarat dygnet runt, och 20% en del av tiden (n=45). I 49% av fallen var barnet oftast i hudkontakt på BB-avdelningen, i 51% av fallen emellanåt (n=45). 0% hade uppgett att barnet inte alls var i hudkontakt på BB-avdelning.

På sjukhus C hade 50% uppgett att barnet hade fått annan näring än modersmjölken under sjukhusvistelsen (n=34), och 50% av mödrarnas barn hade bara fått modersmjölk som näring. På frågan om hur mycket barnet var hos modern under sjukhusvistelsen hade 85% svarat dygnet runt, och 15% en del av tiden (n=34). I 17% av fallen var barnet oftast i hudkontakt på BB-avdelningen, i 69% av fallen emellanåt och i 14% av fallen inte alls (n=35).

### 6.6 Resultat ur öppna svar

Till en början var det tänkt att de öppna svaren skulle behandlas genom kvalitativ innehållsanalys. Svaren blev ändå så få att det inte räckte till för att göra en analys. Skribenten kommer därför till följande att göra en kort sammanfattning av de kommentarer som samlats in.

Många kommentarer var mycket positiva. Man upplevde att amningshandledningen varit god, att man fått den hjälp man behövt och känt närhet och tillit till barnmorskan. Man upplevde att barnmorskan hade svar på de problem som uppstod och att man inte var till besvär när man bad om hjälp. Det fanns också en del svar som visade att man inte fått en specifik eller utvecklad amningshandledning, men att det i deras fall inte saknats heller då man varit omföderska. Man uppskattade då att barnmorskan frågade ifall handledning

behövs istället för att utgå från att det fungerar. Påminnelser om till exempel amningsteknik var uppskattade.

Resultaten visar också att i vissa fall hade man önskat mera handledning än man fick, till exempel då amningen kommit igång väldigt bra men man ändå vill ha rådgivning och stöd. I enstaka fall hade amningen aldrig kommit igång, men handledning och stöd blev inte heller då erbjuden. Enstaka svar visar också på inkonsekvent handledning. Man hade upplevt förvirring då professionella har olika åsikter om vissa saker. Ibland upplevdes också den riktigt goda handledningen komma för sent.

Resultaten i de öppna frågorna tyder också på en positiv utveckling i amningshandledning. Omfödreskor upplevde att man nu hade betydligt mera råd att gå till, ny och praktisk information och undervisning att gå till och en positivare bild av amning överlag. Man upplevde att handledningen har gått framåt.

## **7 Diskussion**

Till följande tar skribenten upp metoddiskussion och resultatdiskussion. Skribenten diskuterar i metoddiskussionen huruvida metoden var rätt för just det här arbetet och arbetets syfte, huruvida något gått fel i processen och vad som hade kunnat genomföras annorlunda. Resultatdiskussionen tar upp resultatet och jämför med tidigare gjord forskning inom samma ämne och med bakgrunden.

### **7.1 Metoddiskussion**

Till följande tar skribenten upp kvalitetskriterier och en kritisk granskning görs av examensarbetet och enkäten. Skribenten diskuterar om arbetet hade kunnat göras på ett annat sätt och ifall resultatet är tillförlitligt. Olssons och Sörensens bok om forskningsprocessen (2011) har använts som stöd i denna process.

### 7.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet innebär av grad av överensstämmelse mellan olika mätningar som använt samma mätinstrument. Man vill med andra ord kunna påvisa ett likadant resultat vid varje mätning. Ifall överensstämmelsenivån är hög tyder det på en hög reliabilitet. I till exempel en attitydmätning kan människorna som svarat ändå ha ändrat sig efter en tid, vilket innebär en inte så hög reliabilitet men då kan den första mätningen ha påverkat den andra. (Olsson & Sörensen 2001, 123).

Detta examensarbete var ett beställningsarbete och skulle göras som en jämförelsestudie till tidigare gjorda studier om samma ämne. Skribenten fick således ett färdigt uppgjort enkät i handen att jobba vidare på. Det fanns inte mycket utrymme till förändringar, fast enheterna där datainsamling gjorts hade önskat en del förändringar. Enkätstudie som metod var ett bra sätt att få fram mycket information på en kort tid. Att sammanställa data och resultat som kommit fram i enkäterna fungerade relativt lätt via dataprogrammet SPSS. Till en början hade skribenten tänkt göra en kvalitativ innehållsanalys av resultaten i den öppna frågan. Den analysen blev sist och slutligen endast en sammanfattning av enstaka kommentarer, då informationen som kommit fram i den öppna frågan var mycket liten.

Jag upplever att metoden var rätt för mitt syfte och att jag fått svar på mina frågeställningar. En hög reliabilitet var inte att förvänta sig. I detta ämne ville ju både enheterna där datainsamlingen ägt rum och jag själv som skribent att arbetet skulle ha gått framåt och att man skulle ha kunnat se en positiv utveckling. I resultaten såg man både den positiva utvecklingen och att arbetet i sig gått framåt. Förändringen var definitivt märkbar, men som skribent skulle jag heller inte säga att den var så stor att reliabiliteten blivit bristfällig. I enkäten fann skribenten en begränsning i studien. Fråga 16, som handlar om hur ofta babyn var i hudkontakt hade på originalspråket finska tre svarsalternativ; *enimmäkseen*, *satunnaisesti* och *ei lainkaan*. I den svenska versionen hade man översatt dessa alternativ till *oftast*, *emellanåt* och *inte alls*. Enligt skribentens tycke var denna översättning inte fullständigt korrekt och detta faktum kan eventuellt ha påverkat hur finska respektive svenska respondenter fyllde i sina svar.

### 7.1.2 Validitet

Med validitet syftar man på ett mätinstruments förmåga att mäta det som ska mätas, det vill säga att rätt sak mäts. Hög validitet, alltså data som anges med stor noggrannhet, till exempel ålder, kan också kallas logisk validitet. Frågor som kan ge låg validitet i svaren är frågor där individer kan tänkas vilja ge ett annat svar än det ärliga och korrekta, till exempel mängden intagen godis under en månad. (Olsson & Sörensen 2011, 124).

Den logiska validiteten har i denna studie varit ganska hög. Bakgrundsuppgifter anges som exakt data och andra frågor i enkäten som används hade enkla och tydliga svarsalternativ som ja/nej, tillräckligt/otillräckligt och oftast/emellanåt/inte alls. Det fanns också en del bortfall. Vissa frågor hade av någon anledning lämnats obesvarade. Det är svårt att säga ifall studiens slutresultat har påverkats av det eller inte.

Jag upplevde på vissa ställen att översättningen av enkäten från finska till svenska inte var helt korrekt. Det kan ha påverkat hur mödrarna fyllde i sina svar. Med andra ord kan det finnas en skillnad mellan de som fyllt i på finska och de som fyllt i på svenska.

### 7.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att utreda hur nyblivna föräldrar upplever informationsflödet, praktiska hjälpen och stödet vid amning redan under BB-tiden. Frågeställningarna var följande; *hur erfar modern stödet och informationsgivningen kring amning på BB*, och *hur kan barnmorskor stödja och informera för att främja en naturlig amning redan på BB*. I det stora hela fick studien ett väldigt positivt resultat. 97% (n=113) upplevde att den amningshandledning som de fick var tillräcklig. Det fanns heller inga stora nyansskillnader i svaren mellan de olika sjukhusen på denna punkt. I jämförelse med en tidigare gjord studie inom samma område kan man se att 91% upplevt den amningshandledning de fått som tillräcklig år 2015 (Perkiö 2015, 46). I resultaten kan man också se att upptill 73% (n=113) har planerat att amma sitt barn enligt WHO:s ordinationer, det vill säga helamning 6 månader och delamning tills barnet är ett år gammalt. I jämförelse med tidigare resultat kan man se ett positivt uppsving från 56% (Perkiö 2015, 56). Man kan också se en förändring i amningsfrämjande vanor, då man i denna studie kommit fram till att 49% av barnen fått annan näring än modersmjölk (n=111) och 78% av barnen varit hos modern dygnet runt (n=111), medan man i tidigare studier har konstaterat att 53% av barnen fått



tilläggsnärning och 76% av barnen varit hos modern dygnet runt (Perkiö 2015, 52-53). Resultaten visar i vissa frågor också på en viss variation mellan de olika sjukhusen. Fråga 16 handlar om hur ofta babyn var i hudkontakt med någondera föräldern på avdelningen. På sjukhus A hade 36% svarat oftast, på sjukhus B hade 49% svarat oftast och på sjukhus C hade 17% svarat oftast.

I de vårdvetenskapliga utgångspunkterna, "genuint vårdande av det genuina" och "en barnmorskemodell för kvinnocentrerad förlossningsvård" talar författarna först om "*En värdighetsbevarande vårdrelation*", "*Förkroppsligad kunskap*" och "*Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv*" och senare också om tilläggen "*Kulturellt sammanhang*" och "*Förlossningsfrämjande miljö*". Författarna vill genom sin teori och genom sina modeller få svar på vad som är det mest centrala i vårdande av kvinnor under graviditet, förlossning och tiden efteråt (Berg 2010, 150-153) (Berg, Olafsdottir & Lundgren 2012, 6-7). Om vårdandet av kvinnan omspannar grundkategorierna nämnda ovan, finns alla möjligheter för att de nyblivna föräldrarna ska få en positiv start till amningen och också en fortsatt positiv grundinställning till amning. Att resultatet i huvudsak blivit så positivt, tyder på att det genuina vårdandet av det genuina i det stora hela fungerar bra i dessa tre centralsjukhus. Man kan också i tidigare gjord forskning se att kvinnor uppskattat en värdighetsbevarande vårdrelation, där barnmorskan varit äkta, empatisk, varm, positiv och haft tid för den födande kvinnan (McInerney & Langton 2012, 134). I min studie upplevde 96% av kvinnorna att den handledning de fick i rätt amningsteknik var tillräcklig (n=111). I Graffys och Taylors studie kom man fram till att handledningen i amningsteknik och placering av barnet när det börjar suga varit den handledning som varit mest värdefull, men också den handledning som många upplevt som bristfällig. Man funderade ifall det i deras fall kunde bero på stress på avdelningen (2005, 181-182). Om man jämför resultaten i min studie med detta resultat, kan man fundera att antingen har man börjat prioritera amningshandledning tyngre eller så har stressen på dessa tre förlossningsenheter varit mycket låg under tiden datainsamlingen har ägt rum.

Laanterä, Pölkki och Pietilä lyfte i sin studie fram varierande åsikter bland professionella som ett problem vad gäller amningsrådgivning (2011, 75-77) Även McInerney och Langton berättar att det kan kännas väldigt stressande och konfunderade att ta till sig motstridig information från olika professionella (2012, 134-135). Detta kom också fram i min studie i det öppna svaret. Enskilda kommentarer lyfte fram oenighet i personalens åsikter om vissa saker och detta upplevdes både stressande och som ett irritationsmoment.

Koskinen talar om amningsfrämjande vårdprinciper på förlossningssjukhus. Hon lyfter upp vikten av att barnet får hudkontakt med modern så fort som möjligt efter förlossning och vikten av att hudkontakten fortsätter. De positiva effekterna av hudkontakt hittas inte bara hos barnet men också hos moderns återhämtning (2008, 73-75). I min studie kom det fram att 92% uppmanades att ha babyn i hudkontakt under sjukhusvistelsen (n=111) men bara 35% av mödrarna hade i själva verket babyn oftast i hudkontakt (n=111).

## 8 Slutledning

Syftet med detta examensarbete var att utreda hur nyblivna föräldrar upplever informationsflödet, praktiska hjälpen och stödet vid amning redan på BB-tiden. Jag ville få en bredare förståelse för föräldrarnas behov av stöd och behov av information kring amning för att i mitt kommande yrke kunna svara på behovet på rätt sätt. Jag har lärt mig mera om det bemötande som de nyblivna föräldrarna vill ha, om vilken information de vill ha och på vilket sätt man kan förmedla den informationen. Jag tror att resultatet kan användas till att se över principer och vanor på respektive enheter och för att få en tankeställare kring hurudan handledning och hurudan information nyblivna föräldrar kan tänkas vilja ha.

Som förslag till vidare studier eller utvecklingsmöjligheter vill jag lyfta fram tre teman;

- Orsaken till att nästan 49% av barnen hade fått annan näring än mammans egen mjölk under sjukhusvistelsen
- Orsaken till att bara 35% av barnen oftast var i hudkontakt på BB-avdelningen
- På vilket sätt barnets far, och varför inte eventuella syskon, kunde tas i beaktande i amningshandledning och amning överlag.

## 9 Källförteckning

Berg, M. 2010. Vårdande vid barnafödande med ökade risker. Ingår i: Berg, M. & Lundgren, I., red. 2010. *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, M., Olafsdottir, O-A. & Lundgren, I., 2012. A midwifery model of woman-centered childbirth care - in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and reproductive healthcare*, [http://www.srhcjournal.org/article/S1877-5756\(12\)00018-3/abstract](http://www.srhcjournal.org/article/S1877-5756(12)00018-3/abstract)

Berg, M., Olafsdottir, O.A. & Lundgren, I., 2012. A midwifery model of woman-centred childbirth care (figur). MiMo's hemsida. <http://mimo.care/> (hämtat 23.1.17).

Erkkilä, M. & Lyytikäinen, A., 2010. Imetyssuosittelut ja vauvamyönteisyysohjelma. i: M. Deufel & E. Montonen red. *Onnistunut imetys*. Helsingfors: Duodecim.

Forskningsetiska delegationen, 2012-2014. *Etiska principer - Etiska principer för forskningsområden som räknas till humanvetenskaperna*. (Online). <http://www.tenk.fi/sv/etikprovning-inom-humanvetenskaperna/etiska-principer> (hämtat: 6.2.2017).

Graffy, J. & Taylor, J., 2005. What information, advice and support does women want with breastfeeding? *Birth*, 32:3, s. 179-186.

Henricson, M. red., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Kangasvieri, T. & Nevala, N., 2013. *Vauvamyönteisyysohjelman toteutuminen Vaasan keskussairaalan lapsivuodeosastolla A4*. Vasa: Lärdomsprov för hälsovårdarexamen. Vasa Yrkeshögskola, Sektor för hälsovård och det sociala området.

Koskinen, K. 2008. *Imetysohjaus*. Helsinki: Edita Prima.

Kylberg, E., Westlund, A. M. & Zwedberg S., 2014. *Amning i dag*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Kyngäs, H., & Vanhanen, L., 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 1, s. 3-9.

Laanterä, S., Pölkki, T., & Pietilä, A-M., 2011. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *International Journal of Nursing Practice*, 2/2011, 17/1, s. 72-84.

McInerney, P., & Langton, D., 2012. Best Practice Information Sheet: Women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *Nursing and Health Sciences*, 14, s. 133-135.

Niemelä, M. 2006. *Imetysopas*. Helsingfors: Helmi Kustannus.

Olanders, M. 2013. *Amning i vardagen*. Stockholm: Karneval förlag.

Olsson, H & Sörensen, S., 2011. *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Perkiö, I. 2015. *Vauvamyönteisyyden toteutuminen kolme keskussairaalassa*. Vasa: Lärdomsprov för hälsovårdarexamen. Vasa yrkeshögskola, Sektorn för hälsovård och det sociala området.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. *Bröstmjölk*. (Online) <https://fineli.fi/fineli/sv/elintarvikkeet/33872?q=bröstmjolk&foodType=ANY&portionUnit=G&portionSize=100&sortByColumn=name&sortOrder=asc&component=2331&offset=50> (hämtat 21.3.2017).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009. *Imetyksen edistäminen Suomessa: Toimintaohjelma 2009-2012*. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014. *Imetyksen edistäminen synnytyssairaalassa*. (Online) <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaus-ja-synnytys/imetyksen-edistaminen-synnytyssairaalassa> (hämtat 6.4.2017).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. *Råmjölk, colostrum*. (Online) <https://fineli.fi/fineli/sv/elintarvikkeet/602> (hämtat 21.3.2017).

WHO, 2015. *Breastfeeding*. (Online) <http://www.who.int/features/qa/21/en/> (hämtat 6.4.2017).

WHO, 2017. *Breastfeeding*. (Online) [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/en/) (hämtat 3.2.2017).

## AMNINGSFÖRFRÅGAN

Vi önskar att följa upp och utveckla vår amningshandledning på avdelningen. Vi ber Dig utvärdera den amningshandledning Du fått under sjukhusevistelsen. Vänligen ringa runt det svarsalternativ som känns rätt för Dig.

- |          |   |            |
|----------|---|------------|
| 1. Ålder | 1 | < 16 år    |
|          | 2 | 16 - 25 år |
|          | 3 | 26 - 30 år |
|          | 4 | 31 - 40 år |
|          | 5 | > 40 år    |

- |          |   |             |
|----------|---|-------------|
| 2. Är Du | 1 | förföderska |
|          | 2 | omföderska  |

- |                       |   |                      |
|-----------------------|---|----------------------|
| 3. Förlossnings sätt? | 1 | nedrevägsförlossning |
|                       | 2 | kejsarsnitt          |

4. Hur länge har Du tänkt amma Ditt barn? (Helamning betyder att barnet får endast mammas bröstmjölks och D-vitaminsdroppar. Tillskottsmjölks ges endast av medicinska orsaker.)

1. helamning 6 mån och delamning tills barnet är 1 år gammal (WHO:s rekommendation)
2. har inte tänkt amma
3. nå g o t   a n n a t   a l t e r n a t i v ,   v i l k e t ?  
\_\_\_\_\_

5. På sjukhuset togs det upp om amningens viktiga betydelse för moderns och barnets relation

- |    |               |
|----|---------------|
| 1. | tillräckligt  |
| 2  | otillräckligt |

6. På sjukhuset följde man med hur amningen lyckades

- 1. tillräckligt
- 2 otillräckligt

7. På sjukhuset handledde man i rätt amningsteknik (amningsställningar, barnets suggrepp...)

- 1. tillräckligt
- 2 otillräckligt

8. Informerades Du om möjliga amningsproblem (mjölkstockningar, smärtsam amning, sugstrejk)

- 1. tillräckligt
- 2 otillräckligt

9. Jag fick hjälp med tidig amning under barnets första levnadstimmar

- 1. tillräckligt
- 2 otillräckligt

10. Uppmuntrades Du att ha babyn i hudkontakt under sjukhusvistelsen? (Hudkontakt betyder att babyn ligger naken eller endast med blöja mot förälderns hud.)

- 1. ja
- 2 nej

11. Fick Ditt barn annan näring än din egen mjölk under sjukhusvistelsen?

- 1. ja
- 2. nej
- 3 vet ej

12. Mitt barn var under sjukhusvistelsen hos mig

1. dygnet runt
- 2 en del av tiden

13. Jag uppmuntrades att amma i babyns takt

1. tillräckligt
- 2 otillräckligt

14. Jag upplevde den amningshandledning jag fick som

1. tillräcklig
- 2 otillräcklig

15. Tog man i beaktande barnets far i amningshandledningen?

1. ja
- 2 nej

16. Hur ofta var babyn i hudkontakt på BB-avdelningen? (Hudkontakt betyder att babyn ligger naken eller endast med blöja mot förälderns hud.)

1. oftast
2. emellanåt
3. inte alls

17. Berätta fritt om den amningshandledning Du fått

---

---

[illegible]

TACK, DITT SVAR ÄR VÄRDEFULLT!



## Bilaga 2

### IMETYSKYSELY

Haluamme seurata ja kehittää imetysohjaustamme osastollamme. Pyydämme Sinua arvioimaan saamaasi imetysohjausta sairaalassa olon aikana. Ympyröi seuraavista kysymyksistä sinulle parhaiten sopiva vastausvaihtoehto.

1. Ikä
- |   |            |
|---|------------|
| 1 | alle 16 v. |
| 2 | 16 - 25 v. |
| 3 | 26 - 30 v. |
| 4 | 31 - 40 v. |
| 5 | yli 40 v   |

2. Oletko
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | ensisynnyttäjä      |
| 2 | uudelleensynnyttäjä |

3. Oliko synnytystapasi

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1 | alatiesynnytys  |
| 2 | keisarileikkaus |

4. Kauanko olet ajatellut imettäväsi lastasi? (Täysimetys tarkoittaa, että lapsi saa ainoastaan äidin omaa maitoa ja D-vitamiinia. Lisämaitoa annetaan vain lääketieteellisestä syystä.)

- |           |   |  |       |                                 |
|-----------|---|--|-------|---------------------------------|
| suositus) | 1 | täysimetys 6 kk ja sen jälkeen osittaisimetys 1 v. ikään asti (WHO:n |       |                                 |
|           | 2 | en lainkaan  |       |                                 |
|           | 3 | j o k i n  | m u u | v a i h t o e h t o , m i k ä ? |
- 

5. Sairaalassa käsiteltiin imetyksen tärkeää merkitystä äidin ja lapsen väliselle suhteelle

- |   |             |
|---|-------------|
| 1 | riittävästi |
|---|-------------|

2 riittämättömästi

6. Imetyksen onnistumista seurattiin sairaalassa

1 riittävästi

2 riittämättömästi

7. Sairaalassa opastettiin oikeaan imetystekniikkaan? (imetysasennot, lapsen imemisote...)

1 riittävästi

2 riittämättömästi

8. Mahdollisista imetykseen tai maidon herumiseen liittyvistä ongelmista kerrottiin (tiehyttukos, kivulias imetys, imemislakko....)

1 riittävästi

2 riittämättömästi

9. Sain apua varhaisimetykseen lapsen ensimmäisen elintunnin aikana

1 riittävästi

2 riittämättömästi

10. Kannustettiin vauvan ihokontaktiin ottamista sairaalassa oloaikana? (Ihokontakti tarkoittaa, että vauva on vasten vanhemman ihoa alasti tai pelkkä vaippa päällä.)

1 kyllä

2 ei

11. Saiko lapsesi osastolla muuta ravintoa kuin oman äidin maitoa?

1 kyllä

2 ei

3 en osaa sanoa

12. Lapseni oli osastolla oloaikana vieressäni

- 1 koko ajan
- 2 osan ajasta

13. Minua kannustettiin lapsentahtiseen imettämiseen

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

14. Koin saamani imetysohjauksen

- 1 riittäväksi
- 2 riittämättömäksi

15. Huomioitiinko lapsen isä imetysohjauksessa?

- 1 kyllä
- 2 ei

16. Kuinka usein vauva oli ihokontaktissa lapsivuodeosastolla? (Ihokontakti tarkoittaa, että vauva on vasten vanhemman ihoa alasti tai pelkkä vaippa päällä.)

- 1 enimmäkseen
- 2 satunnaisesti
- 3 ei lainkaan

17. Kerro vapaasti saamastasi imetysohjauksesta osastolla.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

KIITOS, VASTAUKSESI ON ARVOKAS!